

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

Комментарий: *после успешной ПВТ anti-HCV сохраняются длительно в подавляющем большинстве случаев, поэтому этот анализ не может использоваться для определения реинфицирования у пациентов с опытом элиминации ВГС. Доля пациентов, у которых anti- HCV постепенно исчезают, очень мала, и срок этого исчезновения неизвестен.*

- Всем пациентам, получившим курс ПВТ ХВГС, рекомендуется определение РНК ВГС через 12 недель после окончания ПВТ для оценки ее эффективности (УВО₁₂) [46-48] (см. Приложение Б).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *отсутствие РНК ВГС через 12 недель после завершения ПВТ соответствует излечению от ХВГС, так как поздний рецидив возникает менее чем в 0,2% случаев [48].*

- После излечения от ХВГС пациентам с ЦП или выраженным фиброзом печени (F3 по METAVIR) рекомендуется пожизненное определение уровня АФП пациентам 1 раз в полгода для диагностики ГЦК [44,45].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: *риск развития ГЦК на стадии ЦП составляет около 1-5% в год. Вероятность летального исхода в течение первого года после постановки диагноза у пациентов с ГЦК составляет 33%.*

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь оказывается в форме:

- экстренной медицинской помощи;
- неотложной медицинской помощи;
- плановой медицинской помощи.

6.1 Условия оказания медицинских услуг

Медицинская помощь оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь взрослым больным с ХВГС может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь пациентам оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом или врачом-гастроэнтерологом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь пациентам в амбулаторных условиях.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение пациентов осуществляется в условиях круглосуточного или дневного стационара по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, врача-гастроэнтеролога, медицинских работников, выявивших ХВГС.

Больные ХВГС должны находиться под наблюдением до достижения УВО₁₂, а при наличии фиброза печени F3-4 по METAVIR пожизненно.

Показанием к экстренной госпитализации служит развитие острой печеночной недостаточности, в том числе печеночной энцефалопатии и острой печеночной недостаточности на фоне хронической.

Медицинская помощь пациентам ХВГС оказывается в соответствии с утвержденным стандартом специализированной медицинской помощи.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
Этап скрининга		
1.	Выполнено определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	Да/нет
2.	Выполнено определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование или определение Core-антигена вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	Да/нет
Этап постановки диагноза		
3.	Выполнено определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis C virus), пациентам с ХВГС для планирования генотип-специфичной схемы противовирусной терапии	Да/нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, исследование уровня общего билирубина, исследование уровня креатинина в крови)	Да/нет
6.	Пациентам с ЦП выполнено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	Да/нет
7.	Пациентам с выраженным и тяжелым фиброзом печени (F3-F4 по METAVIR) определен уровень АФП в сыворотке крови	Да/нет
8.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства	Да/нет
9.	Выполнена неинвазивная диагностика фиброза оценка фиброза печени	Да/нет
10.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам с ЦП)	Да/нет
11.	Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови	Да/нет
Этап ПВТ		

1.	В случае применения РБВ** выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый каждые 2-4 недели ПВТ	Да/нет
Этап диспансерного наблюдения		
1.	Выполнено определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование исходно и через 12 недель после окончания терапии	Да/нет
2.	Пациентам с выраженным и тяжелым фиброзом печени (F3-F4 по METAVIR) определен уровень АФП 1 раз в полгода	Да/нет
3	Выполнена неинвазивная диагностика стадии фиброза печени (эластометрия печени, при ее недоступности – сывороточные расчетные некоммерческие тесты APRI, FIB-4) 1 раз в год	Да/нет
4	Пациентам с выраженным и тяжелым фиброзом печени (F3-F4 по METAVIR) выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное) 1 раз в полгода	Да/нет
5.	Пациентам с ЦП выполнена эзофагогастродуоденоскопия 1 раз в год	Да/нет

Список литературы

1. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. *J Hepatol* 2020 Nov;73(5):1170-1218.
2. Dubuisson J, Cosset FL. Virology and cell biology of the hepatitis C virus life cycle: an update. *J Hepatol*. 2014;61(1 Suppl):3-13.
3. Sergio M Borgia, et al. Identification of a novel hepatitis c virus genotype from punjab, india: expanding classification of hepatitis c virus into 8 genotypes. *J Infect Dis*. 2018 Oct 20;218(11):1722-1729.
4. Дунаева, Н. В. Структурно-функциональная организация генома вируса гепатита С. *Вопросы вирусологии*. – 2006. – № 51 (2). – С. 10 – 14.
5. Irshad M, Gupta P, Irshad K. Immunopathogenesis of liver injury during hepatitis c virus infection. *Viral Immunol*. 2019;32(3):112-205.
6. Lingala S, Ghany MG. Natural history of hepatitis C. *Gastroenterol Clin North Am*. 2015;44(4):717-34.
7. Yamane, D. Liver injury and disease pathogenesis in chronic hepatitis C. *Curr Top Microbiology Immunology* 2013;369:263-288.
8. Семенов, А. В. Особенности популяционного состава CXCR3-положительных лимфоцитов периферической крови больных хроническим гепатитом С. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. – 2013. – № 6. – С. 69 – 76.
9. Елезов, Д. С. Анализ популяций Т-хелперных клеток памяти, экспрессирующих хемокиновые рецепторы CXCR3 и CCR6, в периферической крови больных хроническим вирусным гепатитом С. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. – 2015. – № 160
10. (8). – С. 204 – 208. Lohr, H. F. HCV replication in mononuclear cells simulates anti-HCV-secreting B cells and reflects nonresponsiveness to interferon-alfa. *J. Med. Virol*. 1995;46(4):314-21.
11. Арсентьева, Н. А. Хемокиновые рецепторы CXCR3 и CCR6 и их лиганды в печени и крови больных хроническим вирусным гепатитом С. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. – 2015. – № 8. – С. 218 – 222.
12. Давидович, Н. В. Иммунный ответ при вирусном гепатите С: ведущая роль натуральных киллеров. *Ж. «Вестник Северного (Арктического) федерального университета»*. – 2015. – №4. – С. 68 – 78.
13. Хронический вирусный гепатит. Под ред. В. В. Серова, З. Г. Апросиной. – М: Медицина. – 2002. – 384 с.
14. Дудина, К. Р. Факторы прогрессирующего течения хронического гепатита С. *Ж.*